46e Année. — N° 41. Vendredi 13 Octobre 1899.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : De l'admissibilité des syphilitiques aux assurances, par M. le Dr A. Bayet, p. 641. — **Académie de médecine** : *Séance du 10 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.* — Sur un cas de leucokératose du gland et d'épithélioma du prépuce, p. 650. — Rapport de prix, p. 650. — **Premier Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances** : *Séance du 25 septembre (Suite)*, p. 650. — **Société de chirurgie** : *Séance du 4 octobre 1899. — Présidence de M. Pozzi*, p. 653. — Cure radicale des hernies sans fils perdus, p. 653. — Hystérectomie abdominale totale et cancer utérin, p. 654. — Occlusion intestinale par torsion de l'intestin grêle et hernie mésentérique, p. 654. — *Séance du 11 octobre 1899. — Présidence de M. Pozzi.* — Hystérectomie abdominale totale et cancer utérin, p. 654. — Luxation du coude en arrière, p. 655. — Plaie de l'abdomen par coup de couteau. Large perforation du caecum et hémorrhagie par section de l'artère appendiculaire, p. 655. — **Nouvelles**, p. 655.

SYPHILIGRAPHIE

De l'admissibilité des syphilitiques aux assurances (1).

par M. le Dr A. Bayet,

Agrégé à l'Université de Bruxelles, aide-clinique du service dermato-syphiligraphique à l'hôpital Saint-Pierre.

En abordant le travail que le Congrès m'a fait l'honneur de me confier, je ne me dissimule pas les difficultés de la tâche. Celles-ci résultent en première ligne du manque de documents précis, du défaut d'observations portant sur toute l'existence d'une longue série de syphilitiques. Les statistiques ne sont ni assez étendues, ni assez compréhensives; aussi, dès qu'on cherche à en tirer des conclusions pour un cas donné, on s'aperçoit qu'elles restent dans un certain vague, qu'elles ont un côté général qui en rend les applications individuelles particulièrement délicates. D'autre part, les médecins d'assurances demandent pour chaque cas envisagé la marche à suivre, le diagnostic prévisionnel, et désirent une règle se rapprochant le plus possible de la précision qu'ils sont habitués à rencontrer dans les opérations des compagnies. Or on peut affirmer qu'aucune maladie ne se prête moins que la syphilis à de telles conclusions : éminemment protéiforme, répartissant parfois ses lésions sur toute la durée d'une vie, n'ayant d'autres fois qu'une existence excessivement courte, la syphilis comporte, au point de vue de la vie et de la santé, toutes les nuances de pronostic; parfois, souvent même, absolument inoffensive, elle traduit dans d'autres cas sa nocivité par des lésions directement mortelles.

C'est dire à l'avance que ce rapport n'a pas la prétention de trancher définitivement la question de l'assurance pour les syphilitiques : dans l'état actuel de la science, les bases d'un tel travail sont encore trop incomplètes. Mais ce qu'il est possible de faire, c'est indiquer à quelles sources les éléments d'appréciation devront être puisés, c'est donner au médecin d'assurances quelques règles plus ou moins précises qui le guideront dans l'examen de chaque cas particulier.

Ce sont là les linéaments d'une étude à reprendre tout entière; je suis heureux d'avoir été chargé de les esquisser.

CHAPITRE PREMIER

NOMBRE DES SYPHILITIQUES DANS LA POPULATION

La question de l'admissibilité des syphilitiques aux assurances est de toute première importance pour les sociétés; cette importance résulte du plus grand nombre de syphilitiqnes existant dans la population, nombre beaucoup plus considérable que le public, et même les médecins, ne se l'imaginent communément. Sans être « pansyphiliste », on est forcé de reconnaître que la syphilis a pris dans la société une extension énorme, colossale, et qu'à l'heure actuelle elle s'est infiltrée dans toutes les classes qu'elle imprègne profondément.

Fixer d'une façon précise le nombre des syphilitiques dans la population est chose impossible; on arrive cependant, grâce à certains procédés d'investigation, à se faire une idée approximative de l'étendue du mal (1) :

a. Le premier procédé consiste à examiner la statistique des pays où la déclaration de la syphilis est obligatoire pour le médecin. Le Danemark impose cette obligation. Voici les chiffres fournis de cette façon (2) :

(1) Rapport présenté au premier Congrès international des médecins des compagnies d'assurances.

(1) Bayet. *Introduction au cours libre de syphiligraphie donné en* 1898 (*Journal médical de Bruxelles*, 24 mars 1898).

(2) Blaschko, *Syphilis und Prostitution*, Berlin, 1893.

de 1874 à 1885, on a déclaré, pour la ville de Copenhague, 12.034 syphilitiques, soit 4.16 p. 1000 de la population totale par année; de 1885 à 1897 inclus, la proportion a été de 4.3 p. 100 (1).

Mauriac a estimé à 50.000 le nombre de syphilitiques à Paris. Chiffre énorme, mais, à mon sentiment, au-dessous de la réalité. Je ferai la même remarque pour White, qui établit le même chiffre pour Philadelphie.

b. Le second procédé consiste à examiner une catégorie d'individus pris au hasard, à scruter leur anamnèse au point de vue de la syphilis et à établir le pourcentage. Voici ce que ce procédé a donné : à Londres, en interrogeant 112 sujets pris au hasard à l' « University College Hospital », Raymond John a découvert 10.5 p. 100 de syphilis certaines et 10 p. 100 de chancres de nature indéterminée ; à Leeds, Littlewood a obtenu, sur 200 individus interrogés, 6,4 p. 100 de syphilitiques et 6 p. 100 de chancres sans commémoratifs précis (2).

Erb, sur 6.000 malades appartenant aux classes aisées de la société, a trouvé 12 p. 100 de syphilis; tous ces malades avaient plus de 25 ans.

Pour Fournier, sur 100 hommes habitant Paris, il y a 15 syphilitiques (3).

Ces chiffres paraissent énormes ; et, cependant, en les fixant, on reste en dessous de la vérité, car on néglige les *syphilis ignorées*. Il est difficile d'en fixer le nombre exact; elles sont variables comme fréquence suivant les milieux sociaux et suivant le sexe.

Fournier (4), sur 4.257 cas de syphilis tertiaire observés par lui, trouve 3.10 0/0 de syphilis ignorés chez l'homme et 10.9 0/0 chez la femme. Dans les classes pauvres, la proportion est plus considérable. Radcliffe Crooker, cité par Gowers, sur 56 individus atteints sans contestation possible d'accidents tertiaires, en a trouvé 20 0/0 qui nient énergiquement avoir jamais eu la syphilis. Je suis personnellement arrivé au même résultat (5) en portant mes investigations sur le public de l'hôpital. Ces syphilis ignorées doivent évidemment être ajoutées au nombres obtenus par le procédé dont nous venons de parler.

c) La troisième méthode consiste à rechercher le nombre d'individus qui annuellement sont infectés dans la population, puis, se basant sur leur âge moyen, à estimer la survie et déterminer ainsi combien il existe dans le milieu considéré d'individus ayant eu la syphilis.

Blaschko (1) dont l'ouvrage sur la syphilis à Berlin fait autorité, a établi que, dans cette ville, il se produit tous les ans 5.000 syphilis nouvelles. Il estime que la survie moyenne de ces malades est de 30 ans, ce qui donne pour la population de Berlin 150,000 syphilitiques, soit 12 0/0.

Quelques considérables que paraissent ces chiffres, ils sont pour le sujet qui nous occupe en dessous de la réalité pratique. Le pourcentage obtenu par ces diverses méthodes s'applique à toute la population. Mais si, au lieu d'envisager tous les âges de la vie, nous ne considérons que l'âge habituel des personnes qui demandent une assurance, nous arriverons certainement à un chiffre beaucoup plus élevé, d'autant que, d'ordinaire, ce sont les hommes qui s'assurent et que la syphilis est beaucoup plus fréquente chez eux que chez les femmes.

Les chiffres obtenus ne s'appliquent qu'aux villes et aux centres industriels. Dans les campagnes, la proportion est considérablement moins forte. Ainsi, en Danemarck, alors que Copenhague donne par an 4.16 0/0 de syphilis, les grandes villes de province donnent 0.8 0/00 et les campagnes 0.14 0/00 (2).

CHAPITRE II.

LES CAUSES DE LA MORT PAR SYPHILIS.

La syphilis peut tuer de toutes manières, à toutes les périodes de son évolution. Pour des raisons faciles à comprendre, nous éliminerons de notre sujet les syphilis graves dès le début; telles sont les syphilis malignes à tertiarisme précoce, les syphilis avec complications viscérales sérieuses au cours de la période secondaire (néphrites, atrophie jaune aiguë du foie).

Le danger principal de la syphilis résulte :

1° Du tertiarisme;

2° Des affections parasyphilitiques.

Système nerveux. — De toutes les lésions graves de la syphilis, ce sont celles qui affectent le système nerveux central qui sont les plus redoutables et par leur fréquence relative et par leur gravité. Une statistique de Fournier donne 38 p. 100 de lésions nerveuses pour 100 cas d'affections tertiaires ; elle est d'autant plus importante qu'elle est prise, non dans un milieu hospitalier, mais dans la clientèle privée, c'est-à-dire dans la classe sociale avec laquelle le médecin d'assurances aura le plus souvent affaire. Certes, il y a certaines réserves à faire avant d'accepter un chiffre aussi élevé, car la plupart des auteurs ne sont pas arrivés à un tel pourcentage ; mais tous reconnaissent unanimement que la syphilis est un véritable poison du système nerveux et ne discutent que sur le chiffre relatif des affections nerveuses, tout en reconnaissant leur extrême fréquence.

Parmi les affections du système nerveux les plus fréquentes et les plus graves, il faut citer le tabes dorsal, la syphilis cérébrale, la démence paralytique, les diverses myélites et méningo-myélites.

(1) Ehlers, *Prostitution et maladies vénériennes en Danemark.* Rapport présenté au Congrès pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles, 1899).

(2) Gowers, *Syphilis und Nervensystem*, trad. par Lehfeldt.

(3) Fournier, *Les affections parasyphilitiques*, p. 147.

(4) Fournier, *Traité de la syphilis.* fasc. II, p. 802.

(5) Bayet. *Dissémination de la syphilis à Bruxelles.* (Communication faite à la Société royale des sciences médicales et naturelles).

(1) Blaschko, *Die Verbreitung der Syphilis in Berlin.*

(2) Idem, *Syphilis und Prostitution.* p. 25.

Le pronostic des affections syphilitiques du système nerveux est peu favorable dans l'ensemble. Si, comme on l'a dit, c'est un bonheur, pour un malade atteint d'une affection grave du système nerveux, d'avoir eu la syphilis, il n'en est pas moins vrai que dans bien des cas l'issue en est fatale. D'après Fournier, dans la syphilis cérébrale, demi-revers ou revers complets en nombre quelque peu supérieur à celui des guérisons (1); dans la syphilis médullaire, proportion des échecs bien supérieure à celles des succès; dans le tabes, quelques guérisons très clairsemées, extraordinaires; dans la démence paralytique, autant d'insuccès que de cas (2). Pour la syphilis du cerveau, la statistique de Rumpf est concordante. On doit donc admettre que la syphilis du cerveau est une maladie des plus graves, puisqu'elle compte 15 p. 100 de cas mortels. Encore est-il rare que les malades aient été suivis un nombre d'années suffisant pour qu'on soit en droit d'affirmer que la guérison se soit maintenue dans tous les cas (3). Pour les syphiloses médullaires, Gilbert et Lion indiquent 30 p. 100 de morts pour 26 p. 100 de guérisons; Rumpf, 15 p. 100 de mortalité; Sottas, sur 23 cas, observe 9 morts et 1 guérison (4).

Appareil locomoteur. — Les lésions syphilitiques de l'appareil locomoteur ne sont que bien rarement une cause de mort; elles ne le deviennent que dans des cas très spéciaux, quand, par exemple, une exostose des os du crâne ou des vertèbres détermine une compression du cerveau ou de la moelle, quand les mutilations de la voûte palatine et du nez atteignent un degré tel que la nutrition du malade en est entravée; mais ces cas sont exceptionnels.

Appareil respiratoire. — Deux ordres de lésions syphilitiques peuvent devenir un danger pour l'existence: celles des voies supérieures (larynx et trachée), celles du poumon lui-même. Les premières doivent leur gravité aux symptômes de sténose qu'elles produisent, soit par la formation de brides cicatricielles, soit par rétraction fibreuse des néoplasmes spécifiques. Les affections syphilitiques trachéo-bronchiques sont plus rares, mais plus graves que celles du larynx, car la ressource dernière des rétrécissements syphilitiques des voies supérieures, la trachéotomie, est sans action sur l'atrésie bronchique.

En somme, les accidents mortels survenant du fait de syphiloses laryngées ou trachéo-bronchiques sont très rares, comparés au nombre total des syphilis.

Il en est de même des syphilis pulmonaires qui sont, pourrait-on dire, des curiosités cliniques.

Appareil digestif. — Parmi les affections syphilitiques de l'appareil digestif, celles du foie tiennent la première place comme fréquence et comme gravité; elles se traduisent sous deux formes: tantôt comme infiltration diffuse avec rétraction consécutive (hépatite interstitielle), et tantôt comme gommes. De ces deux formes, la première est la plus sérieuse; le début en est insidieux et la plupart du temps, quand elle se révèle, c'est au moment où, la période atrophique débutant, on se trouve à peu près désarmé contre elle. De toutes les causes prédisposantes, c'est l'alcool la plus puissante. Il est extrêmement fréquent d'observer la combinaison de ces deux facteurs étiologiques dans la cirrhose. Comme le dit Mauriac, le foie est le champ de prédilection pour les méfaits réunis ou séparés du syphilisme et de l'alcoolisme.

La syphilis du foie, tout en restant beaucoup moins fréquente que celle des centres nerveux, paraît être la plus importante des autres localisations viscérales de la maladie.

Je mentionnerai, pour être complet, le rétrécissement syphilitique du rectum, dont les conséquences peuvent être sérieuses, mais qui est d'une excessive rareté.

Appareil génito-urinaire. — Les localisations rénales de la syphilis ont seules de l'importance. Elles sont relativement rares et n'occupent, comme fréquence, parmi les déterminations viscérales de la maladie, que le cinquième ou sixième rang (1). Elles se manifestent surtout sous forme de cirrhoses rénales avec le pronostic habituel de ces affections.

Appareil circulatoire. — *a.* Cœur. Très souvent les altérations constatées sont des découvertes d'autopsie. Elles paraissent très rares et consistent surtout en myocardites interstitielles et en gommes du myocarde.

b) Artères. La syphilis est une cause puissante d'artério-sclérose avec toutes les conséquences de celle-ci. Il est malheureusement impossible de fixer le degré de fréquence de ces artério-scléroses spécifiques, car, d'une part, elles échappent souvent à l'attention du malade et, d'autre part, il est difficile de trouver quel est le véritable facteur étiologique, d'autres éléments intervenant presque toujours (hérédité, alcoolisme, arthritisme, etc.).

Les relations qui unissent les anévrismes et la syphilis sont des plus intéressantes. Le professeur Etienne (de Nancy), dans un travail très documenté (2), analysant 240 observations d'anévrisme, trouve 69 0/0 d'antécédents syphilitiques, soit un peu plus des deux tiers. Il paraît difficile d'échapper à l'idée que la syphilis joue dans la pathogénie de l'anévrisme un certain rôle étiologique. Dans quelle proportion l'anévrisme survient-il chez les syphilitiques? A cela, aucune réponse possible. Quant à la chronologie de l'apparition de l'anévrisme relativement à la date de l'infection, on sait qu'ils sont très rares pendant les cinq

(1) Voici les chiffres : sur 90 cas suivis, il a été observé :

Morts.	14
Survie avec infirmités graves. . . .	33
Guérisons.	30
Guérisons incomplètes.	13

(2) Fournier, *Traitement de la syphilis.*

(3) Lamy, *Syphilis des centres nerveux*, p. 99.

(4) Idem, *Ibid.*, p. 169.

(1) Mauriac, *Traitement de la syphilis*, p. 695.

(2) Etienne. *Des anévrismes dans leurs rapports avec la syphilis.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1897, p. 1.)

premières années, très rares aussi après la vingt-cinquième.

Sur 64 cas relatés par Etienne, il observe :

De 1 à 5	ans après l'infection		10 cas.
De 5 à 10	—	—	18 —
De 10 à 15	—	—	10 —
De 15 à 20	—	—	14 —
De 20 à 25	—	—	13 —
A 31	—	—	1 —
A 32	—	—	2 —
A 40	—	—	1 —

En résumé, on voit que de toutes les affections mortelles pouvant dériver de la syphilis, les lésions nerveuses tiennent le premier rang, et de loin ; les lésions syphilitiques des appareils respiratoire, uro-génital, locomoteur, sont relativement négligeables, si on les compare au nombre total des syphilitiques. Entre ces deux extrêmes se placent les lésions du tube digestif, peut-être aussi celles de l'appareil circulatoire. Mais, malgré leur fréquence relative, elles viennent bien loin après les affections nerveuses dans le bilan de la mortalité.

CHAPITRE III.

LE PRONOSTIC GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS.

Contrairement à l'opinion du public, la syphilis est une maladie curable. Cela résulte de l'expérience de tous les syphiligraphes. Les avis peuvent différer sur la fréquence des guérisons, ils sont concordants sur le fait lui-même. Nous verrons plus loin que les auteurs assignent un chiffre de 10 0/0 pour le nombre de syphilis passant à la période tertiaire qui, avec les parasyphilis, constitue le danger principal de la syphilis. Il y a donc, de par ces chiffres, une marge énorme pour les cas qui évoluent sans péril pour l'existence du malade. D'où la première conclusion : *Il serait contraire aux intérêts des sociétés d'assurances de refuser systématiquement les demandes émanant d'individus atteints de syphilis, pour le seul motif qu'ils ont eu cette maladie.*

D'autre part, un chiffre de 10 0[0 de cas tertiaires doit donner à réfléchir ; je veux bien que tous ces cas de tertiarisme ne soient pas mortels, loin de là ; mais il faut penser aux parasyphilis (tabes, démence parasyphilitique) et ne pas perdre de vue que si la syphilis n'est pas fréquemment une cause directe de mort, elle peut retentir sur la santé générale et devenir une cause indirecte de diminution de la vie. D'où la seconde conclusion : *Quand un postulant a eu la syphilis, il faut l'examiner avec une excessive prudence et lui demander des garanties de santé plus grandes que pour tout autre individu.*

Le danger principal de la syphilis résidant dans le tertiarisme et spécialement dans les affections tertiaires et parasyphilitiques du système nerveux, voyons, sur 100 cas de syphilis, combien passent à la période tertiaire. Disons tout d'abord que ce chiffre varie suivant les milieux : les statistiques hospitalières fournissent un pourcentage exagéré. C'est ainsi que Sterling, publiant la statistique prise dans le service d'Elsemberg (1), compte, pour 1.800 cas de syphilis, 811 arrivés à la période tertiaire, soit 45 0[0. Ajoutons que le chiffre qu'on obtient varie avec l'existence ou la non-existence d'un traitement antérieur. Siegmund compte chez les syphilitiques non traités de 30 à 40 0[0 de syphilis tertiaires.

Pour les statistiques globales, considérant les cas traités et non traités, on arrive aux chiffres suivants : Neumann (2) donne 6. 8 0[0 ; Diday arrive à 10-12 0[0 ; Haslund, à 9-10 0[0 ; Ehlers (3) donne de 12.4 à 22 0[0 ; Mauriac (4) fixe un chiffre de 10 à 15 0[0. Dans un travail paru en 1898, Kristian Gron (5), compulsant un très grand nombre de statistiques, arrive aux résultats suivants : sur 36.757 cas de syphilis, il a relevé 4.340 cas de tertiarisme, soit 11.8 0[0. A Christiania même (hôpital), sur 3.471 cas de syphilis, on constate 387 tertiarismes, soit 11.1 0[0.

On voit que, dans l'ensemble, ces statistiques sont assez concordantes, et l'on peut, je pense, fixer approximativement le chiffre des cas passant au tertiarisme à 10 15 0[0 de la totalité des cas de syphilis.

Mais le pronostic général de la syphilis ne se confond pas avec celui du tertiarisme. Beaucoup de formes tertiaires, spécialement celles qui atteignent le système cutané, ne constituent pas un danger direct pour le malade ; il en est est de même des lésions atteignant certains os, certains organes (le testicule, par exemple). Le véritable danger réside dans les localisations viscérales et spécialement dans celles qui affectent le système nerveux.

La fréquence relative des affections du système nerveux dans la syphilis tertiaire varie suivant les milieux. C'est ainsi que, tandis que Fournier, basant sa statistique sur les observations prises dans la clientèle aisée, arrive à trouver, sur 4.400 cas de syphilis tertiaire, 1.857 cas appartenant au système nerveux, soit 42 0/0, Sterling, dans un milieu hospitalier, sur 811 cas, ne trouve que 3,2 0/0 de lésions atteignant le système nerveux. Krœn, en compulsant toutes les statistiques réunies, arrive à 20,2 0/0.

Une certaine confusion règne dans ces statistiques, confusion résultant du fait que quelques auteurs englobent sous la domination de syphilis du système nerveux, non seulement les lésions directement spécifiques, mais encore les parasyphilis (tabes, démence parasyphilitique), tandis que d'autres établissent une distinction.

---

(1) STERLING, *Zur Charakteristik der Spatsyphilis* (ARCH. FUR DERM. UND SYPHIL., 1897, Bd XL1).

(2) NEUMANN, Rapport présenté au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Vienne, 1892.

(3) ED. EHLERS, *Nordisk medicinsk Archiv.*, 1894 n° 16.

(4) MAURIAC, *Fréquence relative de la syphilis tertiaire* (Rapport présenté au Congrès international de Paris, 1899). Voy. aussi MAURIAC, *Traitement de la syphilis*, p. 564.

(5) KRISTIAN GRON, *Studien uber die gummose (tertiare) Syphilis.* Christiania, 1898. (Résumé dans le *Dermatologisches Centralblatt*, 1re année, p. 161).

Fournier (1), observant 4.400 individus atteints de lésions tertiaires (4.000 hommes, 400 femmes, enfants exclus), arrive aux chiffres suivants :

Syphilis du cerveau.	758 cas.
Accidents cérébro-spinaux.	29 —
Monoplégies.	6 —
Syphilis de la moelle. . . .	135 —
Tabes.	631 —
Tabes cérébro-spinal. . . .	45 —
Névrites et atrophie musculaires	24 —
Paralysie générale.	84 —
Paralysies oculaires. . . .	100 —
Hémiplégie faciale	23 —
Affections nerveuses diverses.	13 —
Soit au total. . . .	1.848 cas

ou 42 0/0 de la totalité des cas observés.

Si nous défalquons de ce chiffre les monoplégies, les affections oculaires, l'hémiplégie faciale, bref toutes les localisations dont le pronostic ne constitue pas un danger immédiat pour l'existence, pour ne retenir que la syphilis du cerveau, de la moelle, la paralysie générale et le tabes, nous voyons que la syphilis du cerveau et la moelle réunis forme 21 0/0 des cas, à l'exclusion du tabes et de la démence paralytique.

Hjelmann, sur 1.860 cas, arrive, sans compter le tabes et la démence paralytique, à :

Syphilis cérébrale.	218 cas
Syphilis cérébro-médullaire.	12 —
Syphilis médullaire.	24 —
An total. . . .	254 soit 13,7 0/0

Pour le tabes dorsal et la démence paralytique, la statistique de Fournier renseigne 17 0/0, chiffre d'autant plus important pour nous qu'il est observé dans la classe où se font d'habitude les contrats d'assurance.

Si l'on réunit dans la statistique de Fournier les lésions syphilitiques et parasyphilitiques du système nerveux, dont on connaît la triste signification pronostique, on arrive à 38 0/0 de la totalité des cas de tertiarisme.

CHAPITRE IV.

Les éléments du pronostic de la syphilis

A quelles sources pouvons-nous utilement puiser pour prévoir quel sera l'avenir d'une syphilis ? On a cherché partout des éléments d'appréciation. Quelques-uns d'entre eux sont utiles, très utiles même ; d'autre n'ont pas résisté à la critique ; aucun d'eux n'a de valeur absolue.

Eléments pronostiques tirés des caractères du chancre et des adénopathies satellites

On a cru pouvoir établir un rapport entre la modalité du chancre et l'évolution de la syphilis. Tel chancre, telle syphilis, a-t-on dit. En réalité, ce rapport n'existe pas, ou plutôt il n'existe que pour les symptômes immédiatement consécutifs au chancre. En effet, en règle générale, un chancre petit, peu ulcéré, sera suivi d'une roséole discrète ; un chancre phagédénique aura à sa suite une éruption tuberculo-ulcéreuse ; mais la solidarité ne va pas au-delà. Or ce n'est pas la modalité des éruptions secondaires qui fait la gravité d'une syphilis, c'est, comme nous l'avons vu, l'éventualité d'accidents viscéraux, surtout du côté du système nerveux. Entre ceux-ci et le chancre, aucun lien admissible ; bien plus, il est avéré que les symptômes graves du côté du système nerveux (syphilis cérébrale, tabes dorsal, démence paralytique) sont très souvent consécutifs à des syphilis légères, à des chancres insignifiants (Fournier, Mauriac, etc.). La statistique suivante de Fournier (1) met nettement ce fait en évidence. Sur 100 cas de syphilis cérébrale, il trouve :

17 fois antécédents de syphilis extrêmement bénigne
54 fois — — bénigne,
22 fois — — moyenne,
7 fois — — véritablement sérieuse,

soit 71 0/0 de syphilis bénignes.

Pour le tabes (2), sur 84 cas, Fournier a vu que 10 seulement ont succédé à des syphilis d'intensité moyenne, tandis que 74 étaient consécutifs à des syphilis légères, parfois ayant même passé inaperçues des malades. Certains auteurs ont voulu voir dans l'intensité des adénopathies les mesures de la lutte que l'organisme, par le moyen de ses organes lymphatiques, livre au virus spécifique. L'intensité de l'adénopathie indiquerait plutôt la puissance défensive de l'organisme que l'énergie offensive du virus (3). Cette conception purement théorique ne paraît pas avoir résisté à la critique et en général elle est abandonnée.

Eléments pronostiques tirés de l'évolution de la syphilis.

On a cherché à déduire de l'allure des accidents secondaires, de leur modalité, de l'espacement des poussées, quel sera le sort ultérieur d'une syphilis. Au point de vue qui nous occupe, aucune déduction ferme ne saurait en être tirée. On ne peut pas, du fait de poussées graves, peu espacées, prévoir que la syphilis sera menaçante pour la vie. Que de fois, en effet, n'a-t-on pas vu des syphilis de ce genre rentrer dans l'ordre habituel, après une lutte plus ou moins prolongée, aux multiples péripéties ! Et inversement, que de fois n'a-t-on pas vu des lésions graves des centres nerveux être consécutives à des syphilis extrêmement légères à l'origine !

Je pense cependant que certaines syphilis aux poussées subintrantes, avec tendance au tertiarisme, doivent être tenues pour très suspectes ; au point de vue qui nous occupe, cela n'a guère d'importance, car une

(1) Fournier, *Danger soccial de la syphilis.* (Rapport présenté à la Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles, 1899.)

(1) Fournier, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 29.

(2) Idem, *Traitement de la syphilis.*

(3) Augagneur, *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895.

demande d'admission ne sera jamais faite dans de pareilles circonstances.

Il existe cependant, au cours de la période secondaire, certaines manifestations qui doivent rendre le pronostic plus réservé ; tels sont, en première ligne, les symptômes du côté du système nerveux. Parmi ceux-ci, il faut distinguer tout d'abord une série de troubles superficiels consistant en céphalées, troubles de la sensibilité, asthénie, courbatures, qui indiquent simplement l'intoxication générale et n'ont rien à voir avec le pronostic, et d'autres, plus sérieux, consistant surtout en paralysies (paralysie faciale, oculaire, hémiplégie, paralysie alterne, etc.), qui indiquent déjà une atteinte plus profonde. Celles-ci, en général très peu graves par elles-mêmes, doivent rendre le pronostic plus réservé, car elles indiquent une vulnérabilité spéciale du système nerveux vis-à-vis du poison spécifique. Semblable remarque s'applique à l'épilepsie secondaire.

Il en est de même pour un accident rare de la syphilis et qui survient aussi pendant la période secondaire: c'est la *surdité apoplectiforme*, dont le pronostic est si grave pour l'audition et que j'ai vu être le précurseur d'accidents sérieux du côté des centres nerveux. Ces cas sont exceptionnels et l'on n'aura que rarement à en tenir compte.

Éléments pronostiques tirés de l'existence de lésions tertiaires ou de résidus de ces lésions.

Si le malade est porteur de lésions tertiaires, il est clair que le pronostic d'avenir reste absolument incertain ; si minime que soit la lésion, si inoffensive qu'en soit la localisation, elle n'en est pas moins un indice que l'infection syphilitique n'a pas dit son dernier mot, et rien ne permet d'affirmer que, dans un avenir plus ou moins éloigné, elle ne dirigera pas son action sur un organe essentiel.

Pour celui qui, sans porter de lésions actuelles de la syphilis, en a gardé des stigmates (cicatrices, déformations, etc.), la situation est évidemment plus favorable. Si sa syphilis a passé au tertiarisme, celui-ci a, momentanément du moins, épuisé son action. Que deviendra le syphilitique ? Quels sont les signes pouvant faire supposer que le tertiarisme ne l'atteindra plus ? Rien dans l'état du malade ne permet de le dire.

Il ne faut toutefois pas oublier, comme le dit Mauriac, « qu'une fois qu'on est entré dans le tertiarisme, il est difficile d'en sortir ». Certes on arrive à vaincre le mal dans ses lésions immédiates et dans ses conséquences d'avenir, mais on n'en est jamais assuré, car le traitement mercuriel a moins de prise à cette période qu'aux étapes plus récentes du mal. Nous verrons dans la suite avec quelle réserve il convient d'appliquer ces données au sujet qui nous occupe.

Éléments pronostiques tirés de l'observation du temps écoulé depuis l'infection et de la nature du traitement suivi.

1° *Influence du temps écoulé depuis l'infection et depuis les dernières manifestations spécifiques.* — Il est d'observation courante que plus la syphilis vieillit, plus ses manifestations ont de tendance à s'espacer. Très souvent même, au bout d'un certain temps, la maladie paraît éteinte et ne se traduit plus par aucun symptôme. A cet égard, on peut dire que le temps est un correctif de l'infection syphilitique, grâce à la spontanéité curative qui se manifeste dans bien des cas.

Malheureusement, il est impossible de spécifier si, pour un cas particulier, cette spontanéité curative est réellement et efficacement entrée en jeu, et comme, d'autre part, les lésions syphilitiques sont plus profondes à la période tertiaire qu'à une époque rapprochée de l'infection, le pronostic, amélioré par le fait de l'espacement des poussées, s'aggrave par le sérieux de celles-ci.

Il n'est pas toutefois superflu de savoir comment se groupent, au point de vue chronologique, les lésions tertiaires et spécialement celles qui atteignent les centres nerveux. C'est vers la troisième et la quatrième année que les lésions tertiaires sont les plus fréquentes ; à partir de ce moment, elles décroissent rapidement jusqu'à la onzième année, pour devenir très rares après vingt ans d'infection. Sur 3.600 manifestations tertiaires, Fournier en a observé 3.429 avant la vingtième année et 177 après, soit 95 0/0 avant la vingtième année.

Ces chiffres concordent avec ceux de Grön. D'après cet auteur, les manifestations tertiaires apparaissent à raison de :

36.7 0/0 pendant les 4 premières années.
36.8 0/0 — — 6 suivantes.

Soit 73.5 0/0 dans les 10 premières années qui suivent l'infection.

Entre 10 et 20 ans.	21.4 0/0
— 20 et 30 ans.	4.3 0/0
Après 30 ans.	0.9 0/0

Les conclusions de Haslund, Mauriac, Ehlers, etc., sont conformes à celles que nous venons de citer.

Pour le tabes dorsal, le maximum de fréquence s'observe entre la sixième et la douzième année, avec prédominance au cours des sixième, septième, huitième et neuvième années à partir de l'accident primitif.

2° *Influence du traitement suivi.* — Ici nous rencontrons l'élément pronostique le plus stable, celui auquel, en dernière analyse, nous devons toujours avoir recours.

Disons tout de suite ce qu'il faut entendre par traitement de la syphilis, je veux dire un traitement suffisant, agissant non pas seulement sur les lésions actuelles, mais donnant pour l'avenir la garantie que l'infection n'aura plus de retours offensifs. Cette garantie, un traitement prolongé seul peut la fournir. Certes, l'accord n'est pas établi en la matière. Certains médecins, surtout en Allemagne et en Autriche, sont partisans de la méthode opportuniste, donnant le mercure quand il existe des manifestations et en cessant l'emploi dès que celles-ci ont disparu. D'autres, au contraire (et ici

c'est l'école française qui est à la tête du mouvement), veulent qu'on institue un traitement de longue haleine, durant au moins trois ans, et visant non seulement la disparition des symptômes, mais recherchant surtout l'action préventive, la garantie d'avenir. Fournier a préconisé le traitement chronique et intermittent de la syphilis, traçant presque à l'avance les étapes de la cure. En principe, il a raison ; mais quant à l'application, j'estime qu'il vaut mieux, tout en conservant à la cure sa durée de trois ans, s'inspirer des circonstances et individualiser la stratégie thérapeutique pour chaque cas. Mais ce sont là des nuances, des divergences superficielles qui n'entament en rien le principe. Je me rallie absolument à la manière de voir de ceux qui opposent un traitement de longue durée à l'annihilation de la diathèse et je fixe comme traitement actif, donnant le maximum de garantie, une cure d'au moins trois années et combinée de façon à laisser le malade sous l'influence du mercure sans amener l'accoutumance.

Certes, il ne me vient pas à l'idée de penser que, moyennant ce traitement, le syphilitique est nécessairement à l'abri de toute surprise désagréable, mais je crois qu'il l'est beaucoup plus qu'en ayant suivi un traitement de durée moindre. Malgré tout, il y a des cas où la syphilis n'est pas vaincue par un traitement bien dirigé, dépassant même trois ans, mais cela ne signifie qu'une seule chose, c'est qu'en considérant le mercure comme le remède « spécifique » de la syphilis, on ne veut pas dire par là qu'il soit « infaillible ».

Ceci posé, voyons quelle est la mesure de la garantie offerte par un traitement prolongé et bien dirigé.

En tête des statistiques se place celle de Fournier.

Antécédents thérapeutiques de 1.703 cas de manifestations tertiaires :

Traitement nul, absolument nul	217	cas.
— court (au-dessous d'un an)	1.162	»
— moyen (de un à deux ans)	265	»
— long (au-dessus de deux ans)	53	»
— d'une durée supérieure à 3 ans	6	»

Soit 59 cas s'étant produits à la suite et en dépit de traitements sérieux, de traitements qu'on aurait pu croire suffisants, et 1.644 cas ayant succédé soit à des traitements écourtés, d'insuffisance notoire, soit à l'expectation pure et simple (1).

Pour von During (2), qui a eu l'occasion d'observer une population composée d'éléments mixtes, il est incontestable que les accidents tertiaires sont plus fréquents chez les malades qui n'ont pas été traités ou insuffisamment traités. Cependant, dit-il, nous avons chaque jour la preuve de l'utilité d'un traitement précoce chez les malades qui viennent de l'Asie Mineure. Nous observons chez ces hommes vigoureux, nullement affaiblis, nullement anémiques, les formes les plus graves et les plus rares des manifestations tardives. Et nous les observons avec une fréquence bien plus grande que dans la population de ce pays qui, le plus souvent, a été traitée au moins lors de l'apparition des accidents apparents.

Je pourrais multiplier les citations, mais je crois inutile de tomber dans les redites. La plupart des syphiligraphes sont formels ; pour eux, la meilleure garantie contre les éventualités fâcheuses de la syphilis est le traitement mercuriel prolongé.

Pour le tabes dorsal en particulier, il convient encore de citer la statistique donnée par Fournier (1) :

Malades n'ayant jamais subi le moindre traitement avant l'invasion des symptômes du tabes	2	cas.
Malades ayant subi, au début de l'infection, un traitement spécifique (mercuriel et ioduré) d'une durée de 15 jours à 3 ou 4 mois	46	»
Malades ayant subi un traitement spécifique de :		
5 à 6 mois	13	»
7 à 8 mois	8	»
1 an (environ)	4	»
13 à 15 mois	3	»
20 mois à 2 ans (environ)	3	»
	79	cas.

Donc, sur 79 cas, 73 cas où le traitement initial n'a pas dépassé un an de durée.

Eléments pronostiques tirés des associations morbides.

Associations morbides. — De toutes les associations morbides, celle qui influe le plus défavorablement sur l'évolution de la syphilis, c'est l'*alcoolisme* dans toutes ses modalités. Non seulement l'alcoolisme imprime aux manifestations secondaires une allure plus sérieuse et leur donne beaucoup plus de résistance vis-à-vis du traitement, mais encore il prédispose d'une façon évidente au tertiarisme. Enfin et surtout, il dirige l'action nocive du virus syphilitique sur le système nerveux. « Cette action provocatrice de l'alcool sur les manifestations nerveuses », dit Fournier, « s'exerce d'une façon non pas fréquente, mais *extrêmement fréquente* », et à l'appui de son dire, il cite la statistique suivante : sur 57 observations de syphilis compliquée d'alcoolisme, 29 mentionnent des manifestations spécifiques intéressant le système nerveux (2) :

Manifestations de syphilis cérébrale	21	cas.
— — cérébro-spinale	2	—
Paralysie générale	2	—
Tabes	3	—
Paraplégie	1	—
	29	cas

et cela d'une façon beaucoup plus précoce que dans les autres manifestations nerveuses de la syphilis.

En dehors de cette action nocive, l'alcoolisme en exerce encore d'autres, mais qui, pour le sujet qui nous occupe, n'ont pas la même importance ; il réalise, par

(1) FOURNIER, *Traitement de la syphilis*, p. 173.

(2) VON DURING, *Leçons cliniques sur la syphilis*, traduites par Léon Derville.

(1) FOURNIER, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 29.

(2) FOURNIER, *Traitement de la syphilis*, p. 836.

exemple, la syphilis maligne précoce, les syphilis asthéniques, amenant la mort par épuisement. Je les cite pour mémoire, car jamais un proposant ne se présentera à l'examen dans de pareilles conditions.

L'alcool n'exerce pas seulement cette action provocatrice sur les centres nerveux ; il agit de la même manière sur les organes sécréteurs et surtout sur le foie ; il est fréquent de voir la combinaison de ces deux facteurs étiologiques dans les antécédents d'un cirrhotique, et il est presque toujours impossible de décider auquel des deux revient la part prépondérante.

La *tuberculose* constitue un facteur d'aggravation ; je ne m'y attarderai pas, car, à elle seule, elle suffit pour rendre toute discussion inutile sur l'admissibilité d'un proposant. Son action nocive sur le syphilitique est beaucoup moins marquée que celle de l'alcoolisme et, au point de vue de la mortalité, beaucoup moins forte, car elle dirige l'action du virus syphilitique sur les organes que la tuberculose frappe elle-même le plus souvent, et respecte d'habitude les centres nerveux.

La *malaria*, d'observation beaucoup moins fréquente, rend en général la syphilis plus grave, surtout quand il s'agit de malades fréquemment atteints de grands accès de paludisme. C'est ce qui fait qu'en moyenne les syphilis contractées dans les pays chauds sont plus graves que les autres.

Enfin, les *affections nerveuses*, le nervosisme, constituent toujours pour l'évolution ultérieure de la syphilis un facteur de gravité. Cela résulte à la dernière évidence de la comparaison des statistiques recueillies dans les milieux hospitaliers et dans la clientèle aisée : dans les premières, la proportion des affections nerveuses est énorme, au point que parfois elles tiennent le premier rang parmi les manifestations du tertiarisme ; dans des secondes, elles sont rares et occupent le sixième ou septième rang.

CHAPITRE V.

L'ADMISSION DES SYPHILITIQUES AUX ASSURANCES.

Il nous reste maintenant à tirer des conclusions pratiques des faits réunis dans les chapitres précédents. Avant d'en déduire quelques règles qui aideront le médecin dans ces circonstances, il importe d'insister à nouveau sur ce fait qu'elles ne peuvent prétendre à la rigueur presque mathématique que semblent demander les opérations des compagnies. Certes, il y a des cas où la ligne de conduite sera toute tracée, soit pour l'admission, soit pour le refus ; mais entre ces extrêmes se trouve toute la série des cas mixtes, ambigus, pour lesquels les arguments en faveur de l'admission sont en balance avec ceux qui plaident pour un refus. Tous ces cas sont, en pratique, individualisés et aucune règle absolue ne leur est applicable ; tout au plus peut-on donner un conseil qui a plus de chances d'être le meilleur, fournissant aux compagnies le maximum possible de sécurité. Pour le reste, le médecin chargé de l'examen du postulant aura à peser lui-même toutes les chances, et l'interpréthtion définitive sera souvent pour lui une affaire très délicate et très difficile.

Cela dit, nous pouvons commencer par les cas les plus simples, ceux dont la solution ressort à toute évidence des faits théoriques énoncés plus haut.

Seront refusés :

1° Les proposants présentant des symptômes de syphilis secondaire ou tertiaire en évolution.

2° Les proposants dont la syphilis ne remonte pas à trois ans.

Ceci résulte de ce que nous avons dit en parlant du traitement. Comme celui-ci, appliqué pendant une durée de trois années, avec intervalles de repos, est la meilleure garantie contre le tertiarisme et la parasyphilis, il est prudent d'attendre ce terme. La syphilis peut, en effet, n'avoir pas dit son dernier mot et, d'autre part, rien ne garantit que le malade continuera à se traiter convenablement jusqu'au bout. Enfin au cours de la troisième année commence la période critique, celle où le tertiarisme atteint son fastigium pour les cas non traités. Il est donc prudent de refuser ou tout au moins d'ajourner.

3° Les syphilitiques atteints en même temps d'alcoolisme. Cela résulte des faits énoncés au chapitre IV. Du reste, l'alcoolisme par lui-même constitue déjà un risque considérable.

4° Les syphilitiques entachés d'impaludisme, mais seulement dans certaines conditions. Si le paludisme n'a pas imprimé à la syphilis une allure spéciale, ce qui est très souvent le cas, si, d'autre part, le malade s'est bien traité et observe une bonne hygiène, on pourra ne pas tenir compte de cette association morbide, au moins en tant que facteur d'aggravation de la syphilis.

5° Les syphilitiques ayant présenté pendant les premières phases de leur maladie des symptômes du côté du système nerveux (paralysies transitoires, diplopie, épilepsie, surdité apoplectiforme). Il est certain que beaucoup de ces phénomènes n'ont pas la gravité qu'on a voulu leur attribuer et que souvent ils relèvent de l'état hystériforme qui accompagne la généralisation de l'infection spécifique. Il n'en est pas moins vrai qu'ils dénoncent un état de susceptibilité particulière du système nerveux vis-à-vis du virus syphilitique ; aussi est-il indiqué de se montrer très prudent. Il ne faut cependant pas prendre à la lettre cette prescription et refuser tous les syphilitiques ayant présenté ces symptômes. Dans certains cas où la syphilis est déjà ancienne, où le traitement a été bien suivi, où plus aucun autre trouble n'a été constaté du côté du système nerveux, on peut se départir de sa rigueur ; *a fortiori* si, outre ces garanties, on a, d'après l'anamnèse, la certitude que les accidents nerveux précoces relèvent de l'hystéro-syphilis. En tous cas, un examen minutieux du système nerveux s'impose.

Ces éliminations faites, il nous reste à envisager les cas (en pratique de beaucoup les plus nombreux) où un

individu, ayant eu la syphilis depuis plus de trois ans et n'en présentant plus aucune trace, demande à être assuré.

En discutant les éléments du pronostic individuel, nous avons vu que les deux causes qui atténuent le plus la gravité du pronostic sont le traitement tout d'abord, puis le temps. Nous avons vu aussi que rien, dans les caractères du chancre, dans la nature et la chronologie des éruptions, dans la modalité des poussées, ne pouvait nous donner un indice sur le sort ultérieur de la syphilis et spécialement sur l'éventualité d'accidents du côté du système nerveux. Les seuls points stables (et nous avons dit avec quelles restrictions), sont l'influence puissante du traitement et l'épuisement de la nocivité par le temps. C'est donc d'après ces données qu'il nous paraît logique de caractériser les syphilitiques au point de vue de leur admissibilité.

Nous avons établi qu'il fallait un traitement d'au moins trois ans pour avoir de sérieuses garanties contre le tertiarisme. Il en résulte que nous admettons tous les syphilitiques ayant subi un traitement de ce genre, en ajoutant cependant, comme supplément de garantie, qu'ils n'aient plus présenté de symptômes de syphilis depuis une année. Ces conditions sont, comme on le voit, celles de l'admissibilité au mariage.

Syphilitiques ayant subi un traitement insuffisant. — Ici les difficultés pratiques commencent, car la garantie essentielle, capitale, celle fournie par le traitement, nous fait plus ou moins défaut. Aussi ferons-nous intervenir le second modificateur de l'évolution syphilitique : le temps écoulé depuis le moment de l'infection. Nous avons vu que c'est entre la troisième et la quatrième année que se produisent avec prédilection les accidents tertiaires; à partir de ce moment, ils diminuent rapidement, pour devenir rares après la vingtième année (voy. chap. IV). Ajoutons à cela que les types les plus redoutables des localisations tertiaires sont les maladies du cerveau et de la moelle. Or celles-ci se manifestent avec une précocité marquée. Mauriac dit expressément (1) : 1° les syphilis jeunes sont plus fécondes en cérébro-syphiloses que les syphilis d'âge moyen et les syphilis vieilles; 2° le maximum de fréquence des cérébro-syphiloses paraît contenu entre la deuxième et la sixième année à partir de l'accident primitif; pour les affections tertiaires de la moelle, leur maximum de fréquence paraît être entre la deuxième et la cinquième ou la sixième année à partir du chancre (2).

Si nous n'avions à considérer que le tertiarisme nerveux, la conclusion serait immédiate : si un syphilitique insuffisamment traité a dépassé ces périodes critiques, en d'autres termes, si sa syphilis remonte à six ans, sans qu'il ait rien présenté de suspect du côté des centres nerveux; si, d'autre part, depuis un an, il n'a plus présenté de symptômes, il aura beaucoup de chances d'échapper, sinon au tertiarisme, du moins aux manifestations les plus graves de celui-ci. En dépit du léger aléa que comporte cette conclusion, j'estime qu'il ne faut pas refuser quand ces conditions sont remplies.

Mais il n'y a pas que la syphilis cérébrale et médullaire; il y a encore le tabes dorsal, dont la chronologie d'échéance ne se confond pas avec celle des manifestations tertiaires : il se produit de préférence entre la sixième et la douzième année après l'infection, avec maximum la sixième, la septième, la huitième, la neuvième année. Il se produit avec prédominance marquée chez l'homme : sur 107 cas, Fournier en trouve 4 chez la femme, 103 chez l'homme; de plus, il fait invasion dans les deux tiers des cas entre 25 et 30 ans. Enfin, si l'on consulte la statistique de Fournier, on voit que, sur 79 cas, 73 étaient consécutifs à des syphilis traitées pendant moins d'un an.

Si l'on combine ces différentes données, on arrive à cette conclusion que, pour la femme, il ne faut pas en pratique tenir compte de la possibilité du tabes et s'en tenir aux conditions énoncées plus haut.

Pour l'homme, il est prudent de ne l'admettre qu'après dix ans de syphilis, terme qui pourra être abaissé en tenant compte de l'âge et de la longueur du traitement suivi, celui-ci fût-il quelque peu insuffisant (moins de trois ans).

Syphilitiques n'ayant pas subi de traitement. — Ici nous n'avons plus aucune garantie : de toutes les syphilis, ce sont celles sur lesquelles s'accumulent le plus les méfaits du tertiarisme et de la parasyphilis. Il faut donc être circonspect et n'admettre que lorsque la garantie (tirée simplement de la statistique) donnée par le temps écoulé depuis l'infection paraîtra suffisante pour que les mauvaises chances soient contrebalancées par les bonnes. De la considération des échéances chronologiques du tertiarisme et du tabes, nous conclurons que, pour les syphilis non traitées, il ne faut accepter que quinze ans après l'infection, le malade n'ayant eu aucun symptôme du côté du système nerveux et n'ayant pas présenté depuis longtemps des symptômes prouvant que l'infection n'est point éteinte.

Ce chiffre pourra être abaissé pour la femme. Il va sans dire que c'est un chiffre choisi d'une façon empirique, en se basant sur les statistiques chronologiques de l'échéance des accidents tertiaires et du tabes; je le crois toujours suffisant pour donner de bonnes garanties.

Pour l'hérédo-syphilis, aucune difficulté ne s'impose : il suffit d'énoncer la proposition que l'hérédo-syphilis est la modalité la plus meurtrière de l'infection, pour que la conclusion pratique s'impose. Au début, la maladie tue les enfants comme aucune autre ne le fait; quand ils échappent à la mort, ils présentent des stigmates, des dystrophies, des arrêts de développement, un défaut de résistance qui les rend vulnérables à

(1) Mauriac, *Traitement de la syphilis*, p. 613.
(2) Mauriac, *Traitement de la syphilis*, p. 629.

toutes les causes morbides. Dans ces conditions, il est évident que tout enfant entaché d'hérédo-syphilis (aussi bien d'hérédo-syphilis tardive que de syphilis héréditaire de la première enfance) doit être refusé.

Dans les chapitres précédents, je n'ai eu en vue que l'assurance sur la vie, la plus importante de toutes à l'époque actuelle. La même méthode devrait être appliquée à l'assurance-maladie ; mais, à cet égard, les conclusions ressortent de ce que nous avons dit précédemment. Le nombre des syphilitiques admis à l'assurance-maladie sera très restreint, car s'il est vrai que la syphilis n'est pas une maladie fréquemment mortelle, elle n'en est pas moins une cause morbide puissante, tant par elle-même que par l'influence qu'elle peut avoir sur d'autres états morbides. On n'admettra donc qu'avec un maximum de garanties et dans un nombre restreint de cas, ceux, par exemple, où un traitement de longue durée aura été suivi, où la syphilis n'a plus donné signe d'existence depuis de nombreuses années, où aucune tare n'existe pouvant être éveillée par la syphilis ancienne. Ces conditions sont relativement rares, et, en pratique, les admissions de syphilitiques aux assurances contre les maladies seront toujours forcément restreintes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° Un pli cacheté déposé par M. Robert Lœwy, interne des hôpitaux, sur la chirurgie de l'uretère ; 2° Un pli cacheté sur les relations entre la diphthérie, la tuberculose et l'aliénation mentale, déposé par M. Zavitzians, de Constantinople.

A propos du procès-verbal, M. Laborde donne quelques explications complémentaires de sa communication de la dernière séance.

Sur un cas de leucokératose du gland et d'épithélioma du prépuce. — M. Le Dentu lit un rapport sur un travail communiqué par MM. Auché et Binaud (de Bordeaux).

Mes collègues de Bordeaux ont fait connaître à l'Académie un cas de localisation très exceptionnelle d'une affection qui s'attaque le plus habituellement à la muqueuse buccale, mais qu'on a observée également à la vulve, dans le larynx, dans l'appareil urinaire.

Avant eux, M. Perrin (de Marseille) avait seul signalé deux faits de la même nature dont le premier reste un peu douteux. Leur malade, âgé de 44 ans, portait en même temps un épithélioma pédiculé, et une plaque de leucoplasie implantée sur le sillon balano-préputial et sur le gland. L'extirpation des deux lésions fut faite au cours de la même séance.

L'examen histologique révéla dans la tumeur les caractères de l'épithélioma pavimenteux, et dans la plaque blanche ceux de la leucokératose non dégénérée. Quoique les auteurs de cette communication n'aient pas abordé la question de savoir si l'épithélioma s'était développé aux dépens d'une plaque leucoplasique, je pense que cette origine du néoplasme est vraisemblable.

En présence d'une langue envahie partiellement par une infiltration néoplasique surmontée d'une ulcération, et sur laquelle on voyait, en arrière de l'ulcère, une étroite traînée de leucokératose, j'affirmai que j'avais affaire à la transformation d'une plaque passée de l'état corné simple à l'état d'épithélioma confirmé.

J'ai observé un cas de leucokératose du gland, tout à fait caractéristique, mais temporaire. L'état corné avait été précédé et déterminé par une poussée de balano-posthite chez un malade atteint depuis plus de huit ans d'un épithélioma leucoplasique de la langue, opéré au début de l'affection, et qui était en pleine récidive.

Les deux cas de M. Perrin, celui de MM. Auché et Binaud et le mien constituent un groupe de faits qui revendiquent une place à côté des formes plus anciennement connues de la leucokératose.

Rapports de prix. — M. Vallin lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Clarens.

M. Magnan lit un rapport sur le concours du prix Cloquet.

M. Huchard lit un travail sur le concours du prix Desportes.

M. Andeer lit un rapport sur l'emploi de la résorcine comme moyen de diagnostic du diabète sucré.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre lez conclusions des rapports des prix lus en séance.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Suite et fin (1).

Séance du 25 septembre, matin.

Deuxième question.

Le secret médical et l'assurance sur la vie.

M. le Dr J. Van Geuns (Amsterdam), rapporteur. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° Le secret professionnel défend au médecin du proposant de délivrer aux compagnies d'assurances sur la vie un certificat sur l'état de santé et les maladies antécédentes de son client.

2° Le secret professionnel ne défend pas au médecin du proposant de répondre à des questions bien définies concernant la santé de son client et qui pourraient tendre à faire accepter une assurance qui autrement serait refusée.

3° Le secret professionnel ne défend pas au médecin de l'assuré de mentionner dans la déclaration de décès demandée par une compagnie d'assurances sur la vie la cause de la mort.

4° Sauf une seule exception, il n'y a pas de cas où il y ait raison de ne pas délivrer cette déclaration ; l'exception est relative aux cas de suicide, dans lesquels certaines compagnies ne paient pas le montant de l'assurance.

(1) Voir *France médicale*, n° 50.

5° D'un point de vue médical, ce refus n'est pas motivé quand on peut présumer qu'il n'y a pas eu de mauvaise intention au moment où l'assurance a été conclue.

6° Les médecins-experts doivent persuader les administrations de compagnies d'assurances que la plupart des suicides sont attribuables à un état maladif et qu'il faut abolir la restriction qu'en cas de suicide le montant de l'assurance n'est pas payé. Pour obvier aux intentions malhonnêtes, on pourrait proposer une clause stipulant que le montant de l'assurance n'est dû que si l'assuré meurt par suicide deux ou trois ans après la signature du contrat.

7° Les éléments de statistique médicale qui peuvent être fournis par les compagnies d'assurances sur la mortalité des assurés sont d'un très grand intérêt. Il est à désirer que les médecins des compagnies usent de toute leur influence auprès des administrations pour que ces statistiques soient tenues d'une manière uniforme, ce qui en faciliterait l'étude.

8° A cause de cet intérêt, tous les efforts doivent tendre à vaincre les objections faites par un certain nombre de médecins qui sont d'avis que le secret professionnel leur défend de mentionner la cause des décès.

J'ai l'honneur de proposer aux membres du Congrès de nommer une commission chargée d'étudier la question relative aux statistiques médicales et d'indiquer la façon la plus pratique de dresser des statistiques d'une manière uniforme.

DISCUSSION

M. MAHILLON (Bruxelles). Il est de l'intérêt des proposants que le médecin traitant puisse donner son opinion sur la valeur du risque : le médecin expert, plutôt enclin à croire qu'on lui cache la vérité, exagérera la portée de certains antécédents pathologiques qui, lorsque le médecin traitant aura expliqué leur innocuité relative, ne paraîtront pas devoir motiver un refus. L'assuré est seul en cause : il peut donner au médecin traitant le droit de tout dire. Seulement, il faudrait que les garanties de secret qu'offrent les bureaux des compagnies fussent plus sérieuses qu'elles ne le sont actuellement.

M. SALOMONSEN (Copenhague). Le médecin de la compagnie est enclin à des conclusions plus sévères que le cas ne le comporte : l'intervention du médecin de famille est favorable au proposant. En Danemark, où les familles ont conservé l'habitude d'avoir un médecin, toujours le même, un ami de la maison, l'examen médical est souvent fait par ce médecin de la famille. Quelques personnes s'opposent même absolument à ce que ce soit un autre médecin, et ce système ne donne lieu à aucun inconvénient. Il est vrai que la loi danoise considère le secret médical quelque peu différemment des lois française, belge et hollandaise.

M. SIREDEY (Paris), en sa qualité d'élève de M. Brouardel, ne peut que s'opposer énergiquement à cette manière de voir. C'est une pratique dangereuse que de permettre à un médecin d'examiner ses clients en vue de l'assurance. L'orateur croit que le proposant gagne à être examiné par un médecin qui ne connaît pas toutes ses tares, tous ses antécédents, qu'il faut lui laisser la chance d'échapper, et à ce propos il cite un exemple frappant.

D'autre part, le médecin de la famille est tenté de faire un certificat de complaisance. Le seul moyen de sauvegarder l'indépendance et la dignité du médecin, c'est de se montrer très strict pour tout ce qui regarde le secret. D'autre part, si le certificat, défavorable, a causé un préjudice au client, celui-ci pourrait en rendre son médecin responsable.

M. VLEMINCKX partage l'opinion de M. Siredey et regrette que M. Brouardel, empêché, ne puisse pas défendre lui-même sa thèse. Cependant, l'orateur admet la déclaration du décès lorsque le mort a exprimé le désir que sa dernière maladie fût connue de la compagnie.

M. LE PRESIDENT propose un vœu dans le sens des paroles de M Vleminckx.

M. MAHILLON ne comprend pas que l'on refuse de faire un certificat quand le proposant est vivant et qu'on l'accorde quand il est mort : au point de vue de la famille, des tares héréditaires qu'il faudrait cacher, c'est la même chose.

M. DUFOUR (Genève) s'oppose à tout vote ; cependant il se rallie à l'avis de M. Mahillon.

M. DEGUELDRE (Anvers) signale que le syndicat des médecins d'Anvers a décidé de ne plus donner de semblables certificats.

M. LE PRÉSIDENT estime que, dans l'état de la discussion, il est impossible d'arriver à une entente complète et rappelle le dernier paragraphe du rapport de M. Van Geuns, ayant trait aux statistiques.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de ces statistiques ; cependant M. VAN GEUNS soutient qu'elles ne sont possibles que si les certificats de décès sont donnés consciencieusement dans le sens qu'il indique.

TROISIÈME QUESTION.

L'anthropologie et l'assurance sur la vie.

M. E. HOUZÉ, rapporteur. — L'anthropologie peut intervenir en relevant des particularités physiques qui sont des signes de présomption morbides, des stigmates de dégénérescence. La race a une grande importance et le médecin qui pratique par exemple en Algérie sait que les risques ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'un proposant européen, arabe, berbère ou nègre. D'autre part, il faut que la société soit à même de reconnaître l'identité de l'assuré ; il y aurait donc lieu pour le médecin de prendre quelques mensurations. Le choix de ces mesures est indiqué par l'expérience du service d'identification de la préfecture de police de Paris : les meilleures mesures sont celles qui sont à la fois les plus stables chez le même individu et les plus variables d'un sujet à un autre.

M. Houzé propose les mesures suivantes : la longueur du pied gauche, la longueur du médius et de l'articulaire de la main gauche. Il accorde aussi une grande importance à l'indice de vitalité qu'exprime le rapport de la taile à la circonférence thoracique. Il établit ce rapport en partant de l'équation :

$$\text{Taille} : 100 = \text{circ. thorac.} : x.$$

$$x \text{ indice de vitalité} = \frac{\text{circ. thorac.} \times 100}{\text{taille}}$$

Ce sont toujours les catégories d'individus dont la taille est la plus élevée qui présentent une moyenne d'indices de vitalité faible.

L'auteur l'a constaté pour 35.416 hommes ; les résultats obtenus sont indiqués dans un tableau qui montre que, dans une même race, les tuberculeux ont plus de taille et moins de poitrine.

D'autre part, l'antropologie pourra indiquer les stigmates

de dégérescence : la dégénérescence semble dépendre des états de nutrition. C'est surtout pour les tares nerveuses que ces renseignements peuvent être utiles ; il n'est pas possible de donner dans ce résumé la liste des anomalies dont il conviendrait de tenir compte.

DISCUSSION.

M. WEILL-MANTOU estime que les renseignements qui ont pour but d'assurer l'identité du décédé n'ont aucune utilité, parce que la société n'apprend le sinistre que plusieurs jours, parfois plusieurs semaines après l'enterrement.

La séance est levée à 8 heures.

Séance du mardi 26 septembre, matin.

Présidence de M. VAN GEUNS (Amsterdam).

Reprise de la discussion.

M. FERRAND (Paris) communique un important travail de statistique qu'il a fait d'après les données recueillies parmi les décès des assurés de la Compagnie d'assurances générales, de 1878 à 1887 et de 1889 à 1898. Les maladies des voies respiratoires dominent comme cause de décès; ce résultat est étonnant si l'on pense que l'examen médical accorde une si grande importance aux qualités du thorax ; suivent quelques constatations sur la fréquence des maladies du tube digestif, des maladies du foie, des voies urinaires, etc.

Il semble toutefois que le nombre des décès par affections respiratoires n'a pas augmenté; les maladies gastro-intestinales se sont au contraire accrues ; les maladies de la circulation ont augmenté, ainsi que celles des voies urinaires : à noter la diminution notable de décès après les couches. Il est impossible de donner un résumé d'un rapport bourré de chiffres et nous renvoyons à l'original ceux de nos lecteurs qui s'intéresseraient au travail de M. Ferrand.

M. MAHILLON (Bruxelles). — Il faut s'occuper sérieusement de la question des tables de mortalité. Celles-ci peuvent être générales ; elles portent alors sur toute la population ; ou bien elles peuvent être faites d'après des individus choisis : on pourrait composer ces dernières d'après les professions, d'après les âges, etc. Il faut un tout homogène, et, puisque les diverses compagnies se servent de tables de mortalité différentes, il convient que le médecin soit au courant du genre de tables dont elles se servent pour classifier la valeur du risque.

L'examen du cœur en matière d'assurance sur la vie.

M. le Dr E. MORITZ (Saint-Pétersbourg), rapporteur. — Voici les conclusions du rapport :

1. Il y a des anomalies du cœur qui ne se révèlent par aucun symptôme objectif, qui déterminent quelquefois des sensations subjectives d'un caractère douteux, mais qui néanmoins peuvent causer une mort instantanée ou une maladie léthale de courte durée.

2. Les cœurs sains offrent, selon l'âge, selon l'architecture du thorax et selon l'épaisseur des téguments, de si grandes variétés du choc et de la matière cardiaque, que l'explorateur peut facilement se tromper et prendre pour anomalie ce qui, au cas donné, est normal et *vice versa*.

3. La forme de la cage thoracique, notamment la relation des deux diamètres antéro-postérieur et transverse désignée comme « indice » ou « coefficient thoracique », devrait être mentionnée dans le rapport médical.

4. L'appréciation, à leur juste valeur, des bruits et souffles valvulaires, comme des frottements péricardiaux, reconnus par l'auscultation, ne peut être acquise que par une longue pratique d'ausculter des cœurs sains et des cœurs malades.

5. L'arythmie et les intermittences des battements du cœur, aussi bien que les palpitations passagères chez de jeunes personnes, n'ont pas en général une grande importance.

6. L'examen du cœur devrait toujours se faire en deux positions : premièrement debout, puis le proposant étant placé dans le décubitus dorsal. Un léger évanouissement survenant pendant l'examen n'est pas un motif suffisant de refus, si, bien entendu, le candidat était debout.

7. Des questions très détaillées concernant le choc, la matité et les bruits ne sont nullement des garanties de l'exactitude des conclusions.

8. L'examen objectif du cœur par palpation, percussion et auscultation se fait d'une manière différente selon l'école à laquelle appartient le médecin explorateur et selon son expérience personnelle. Donc aussi le jugement qu'il en déduit est d'un caractère plus ou moins subjectif.

Pour apprécier au juste le résultat de cet examen, le médecin en chef, ayant la revision du rapport, devrait connaître les détails personnels de l'examinateur.

DISCUSSION.

M. SIREDEY (Paris) rend hommage au sens clinique avec lequel a été fait le rapport de M. Moritz; il a constaté souvent aussi des erreurs de la part des médecins, des jeunes médecins tout particulièrement : il a vu des formulaires dans lesquels on avait trouvé chez un proposant dit normal la pointe du cœur dans le 7e, voire le 11e et le 12e espace intercostal. Beaucoup de médecins indiquent le 6e espace comme le siège normal de la pointe.

Un deuxième point à considérer, c'est celui de l'arythmie; celle-ci peut-être d'une origine toute différente et peut dépendre d'abus de tabac, d'affections gastriques, de neurasthénie, etc.

M. WENCKEBACH (Utrecht), qui s'est occupé spécialement de la question de l'arythmie, estime que la simple irrégularité de l'action cardiaque n'est pas un symptôme important. Au contraire, un pouls régulièrement intermittent indique que le cœur a souffert. Il faut prendre le pouls pendant plusieurs minutes, car alors il se ralentit peu à peu, et les intermittences, d'abord masquées par la rapidité des pulsations, réapparaissent et peuvent être perçues.

M. WYBAUW (Bruxelles) indique l'importance de l'anamnèse et d'un interrogatoire très méticuleux ; il cite le cas d'un jeune homme qui fut soigné à l'hôpital Saint-Jean dans le service du Dr Destrée et qui présentait une dilatation énorme du cœur chaque fois qu'il avait fait des efforts violents. Dans les périodes intercalaires, il eût été impossible de diagnostiquer l'affection cardiaque.

M. SCHULTHESS (Zurich) voudrait qu'on demandât aux médecins à préciser les données de l'examen du cœur chaque fois que la pointe se trouvera dans le 6e espace ou en dehors du mamelon.

Le diagnostic précoce de la paralysie générale et l'assurance sur la vie

M. VERHOOGEN, rapporteur, résume ses conclusions.

Admissibilité des neurasthéniques.

M. Mahillon, rapporteur. — La neurasthénie est fréquente dans la classe aisée, celle précisément qui recourt le plus souvent à l'assurance sur la vie. Il est difficile de déterminer où s'arrête la neurasthénie et rien n'est plus variable que l'appréciation des auteurs sur la neurasthénie ; il semble au rapporteur que c'est un état particulier du système nerveux, indépendant de tout état anatomo-pathologique tangible. L'affection varie considérablement suivant le terrain, le tempérament du malade. Le diagnostic de l'affection n'est pas difficile à faire ; il faut à ce propos distinguer les neurasthéniques qui parlent de leur maladie sans lui accorder beaucoup d'importance, s'en vantent même, et ceux qui en ont l'esprit frappé et se sont décidés à cacher à l'examinateur les troubles qu'ils éprouvent. D'autre part, il faut distinguer la neurasthénie du début de la paralysie générale ; dans ce but, il faut examiner en détail l'état des pupilles, les troubles de la parole, etc. Il y a lieu également de penser à la céphalée d'origine syphilitique, et au tabes au début.

Au point de vue du pronostic, il y a lieu de distinguer : 1° La neurasthénie constitutionnelle, comprenant les malades dont l'hérédité névropathique est chargée ; dans ces cas, l'affection est incurable et aboutit facilement à la vésanie ; 2° la neurasthénie accidentelle, soit traumatique (*railway spine*), soit symptomatique, soit essentielle, suite de tension exagérée par le surmenage cérébral. Le surmenage cérébral peut être passager, à la suite d'un excès de travail momentané ou habituel, dû à des occupations entraînant des obligations de travail exagérées : le pronostic est moins bon que dans le premier cas, surtout s'il y a des prédispositions héréditaires.

M. Mahillon considère qu'il y a lieu de refuser tous les proposants issus de parents atteints de névropathie et présentant des stigmates de neurasthénie ; les états neurasthéniques par traumatisme sont également de nature à entraîner le rejet du risque. Il y a lieu d'accepter les neurasthéniques qui ne présentent aucune tare héréditaire, dont les organes sont sains, qui, en dehors des symptômes nerveux qu'ils ressentent, jouissent d'une santé satisfaisante et ne sont pas exposés à des causes permanentes et inévitables, susceptibles d'aggraver leur état ou de frapper leur système nerveux d'une empreinte indélébile et de plonger l'organisme dans un état de débilité tel qu'il ne serait pas capable de résister aux causes de destruction qui nous menacent. L'acceptation des neurasthéniques reste donc subordonnée à l'étude attentive : 1° du bilan héréditaire du proposant et de la nature du terrain ; 2° des circonstances qui ont accompagné ou déterminé la naissance de l'affection, en ont orienté l'évolution et influenceront sa marche vers la guérison ou l'aggravation.

Discussion

M. Ferrand (Paris) n'aime pas les subdivisions de M. Mahillon (conformes à celles de Gilles de la Tourette). Il croit qu'il y a lieu de distinguer les formes cérébrales des formes médullaires et fait une courte esquisse des symptômes qui peuvent aider à différencier ces deux variétés de neurasthénie. Les formes cérébrales seraient beaucoup plus graves.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1899. — *Présidence de* M. S. Pozzi.

Cure radicale des hernies sans fils perdus. — M. Monod fait un rapport sur un travail de M. Vanverts (de Lille), lequel applique à la cure radicale des hernies inguinales le procédé employé pour la laparotomie, avec un seul plan de fils temporaires dans lequel, avec l'aiguille, on prend un peu de peau, beaucoup de tissu musculaire et une faible portion du péritoine. M. Vanverts emploie le même procédé que celui qui a été décrit par M. Villar.

Sur 20 malades opérés, 11 ont été revus et chez tous le résultat était excellent.

M. Vanvers pense qu'on peut obtenir une bonne cure radicale sans reconstituer le canal inguinal, en laissant simplement le cordon spermatique en arrière de la paroi abdominale, suturée comme dans une laparotomie ordinaire.

Hystérectomie abdominale totale et cancer utérin. — M. Schwartz. — La technique que j'emploie pour faire l'hystérectomie abdominale pour cancer n'a, comme temps particulier, que d'évider parfaitement le col utérin, de façon à enlever toutes les parties cancéreuses qu'on peut atteindre et de faire une toilette du vagin aussi complète que possible. Ce n'est qu'après avoir bourré le vagin de gaze iodoformée, que je fais la laparotomie. Dans le second temps, je recherche toujours les ganglions ; dans un seul cas, j'en ai trouvé un assez volumineux, siégeant au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive.

Sur six opérées, j'ai eu six guérisons. Les deux dernières sont opérées depuis quatre mois. La plus ancienne opérée, il y a deux ans, a récidivé au bout de dix-huit mois. Pour la deuxième malade, opérée il y a deux mois chez laquelle une fusée cancéreuse remontait le long de l'uretère, la repullulation cancéreuse s'est manifestée au douzième mois et la malade est actuellement en pleine récidive. Enfin, deux autres patientes, opérées depuis un an, n'ont encore aucune récidive.

Occlusion intestinale par torsion de l'intestin grêle et hernie mésentérique. — Présentation du malade par Morestin.

F. Verchère.

Séance du 11 *octobre* 1899. — *Présidence de M.* Pozzi.

Hystérectomie abdominale totale et cancer utérin. — M. Routier Jusqu'à ces dernières années, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale, et elle me donnait de bons résultats, réservant les traitements palliatifs pour les cas non opérables. Mais dernièrement, ne pouvant faire l'hystérectomie vaginale, dans 3 cas j'ai eu recours à l'hystérectomie abdominale totale. L'une de ces malades, chez laquelle outre le cancer existait une propagation vers le ligament large, après une opération très difficile, succomba le second jour.

La seconde mourut de pneumonie au bout de 2 jours. Même chose pour la 3e qui mourut au bout de 48 heures de septicémie. Aussi tout en pensant que l'on peut poursuivre les lésions et enlever les ganglions, par l'hystérectomie abdominale, il ne voit pas de raison majeure pour abandonner l'hystérectomie vaginale qu'il a exécutée 70 fois et qui a donné 10 morts assez rapides et un certain nombre de malades qui ont survécu 5 ou 6 ans.

M. Richelot. L'hystérectomie vaginale totale semblait un progrès sur les opérations palliatives, elle est rationnelle, peu grave et a donné un certain nombre de survies prolongées. Sur 95 opérées il n'a eu que 6 morts immédiates. Aussi il en conclut que l'opération dans les cas d'utérus mobiles, de cancer circonscrit, doit être conservée.

Jacob, Bouilly ont eu de mauvais résultats parce qu'ils sont tombés sur des cas malheureux où existaient déjà des propagations profondes. Pour lui, il a eu 2 survies l'une de 12 ans et plusieurs autres de 6, 9 et 3 ans. Comme erreur de diagnostic il y a eu que 6 cas qui ont été constatés. Dans les autres cas le cancer a été indéniable et vérifié. Ses guérisons cependant n'ont été que des prolongations et non des cures radicales.

La voie haute permet l'opération totale, y compris les ganglions, et lors même que l'on fait un bon curetage du petit bassin, on ne peut être assuré d'être à l'abri de toute récidive.

Sur 16 hystérectomies abdominales, j'ai eu 8 morts, mais cette mortalité sera peut-être moindre avec le perfectionnement de la technique. Aussi, il n'y a pas encore lieu de juger de la méthode ; depuis trop peu de temps elle est mise en pratique. Jusque-là, je pense qu'il est encore prudent de s'en tenir à l'hystérectomie vaginale, quand elle est possible.

Luxation du coude en arrière. — Présentation du malade par M. Nimier.

Plaie de l'abdomen par coup de couteau. — Large perforation du cæcum et hémorragie par section de l'artère appendiculaire. — Présentation du malade par M. Morestin.

Dr F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le jury de l'Externat est définitivement constitué par l'acceptation de : MM. Roubinovitch, Lamy, Teissier, Legry, Morestin, Launay, Auvray, Brindeau.

Le jury de l'Internat se compose de : MM. Danlos, Claisse, Troisier, Courtois-Suffit, Mauclaire, Legueu, Poirier, B. Anger, Tissier, Bouffe.

Un certain nombre d'externes concourant à l'internat ont adressé à leurs camarades la lettre suivante :

Parmi les médecins et chirurgiens que le sort vient de désigner comme juges au concours de l'internat, il en est deux aux votes desquels nos épreuves ne sauraient être livrées.

Une pétition est jointe à la présente lettre, qui est envoyée dans tous les services de Paris ; nous vous prions, dans l'intérêt général, d'en prendre connaissance, de la discuter avec nos camarades des autres services, de la signer si la protestation vous paraît légitime et de la faire parvenir directement à M. le directeur général de l'Assistance publique.

La pétition jointe à cette lettre était celle-ci :

Monsieur le directeur général,

Les soussignés, comptant sur votre esprit de justice, ont l'honneur de soumettre à votre haute appréciation la question suivante :

L'administration de l'Assistance publique de Paris peut-elle accepter que l'avenir de ses élèves, après tant d'efforts pour obtenir le titre ambitionné d'interne des hôpitaux, soit (entre autres maîtres irréprochables de science et de droiture), livré à l'appréciation de deux hommes que chacun tient pour des juges notoirement incapables, l'un en raison de ses excentricités et de ses extravagances (pour ne pas dire plus), l'autre en raison d'un acte de forfaiture antérieur et de l'affaiblissement progressif et universellement connu de ses facultés mentales ?

Nous vous prions, Monsieur le directeur général, de recevoir l'assurance de notre très respectueux dévouement.

Hôpitaux de Paris. — Voici les nouvelles modifications apportées à la réglementation du concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux, par arrêté de M. le directeur de l'Assistance publique, en date du 31 juillet 1899 :

I. Conditions d'admission et inscription de candidats. — Article premier. — Les médecins qui se présentent au concours pour les places de médecin des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de France.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui, après quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes en médecine, ont obtenu la médaille de bronze.

Les candidats déposent au moment de leur inscription un résumé de leurs travaux et titres scientifiques. Ils en remettent des copies en nombre suffisant pour que la distribution puisse en être faite au jury.

Art. 2. — Il ne peut y avoir en principe, dans le courant d'une même année, qu'un seul concours pour la nomination à des places de médecin des hôpitaux. Toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence toutefois d'un maximum de six, sont mises à ce concours. Dans le cas où le nombre des places vacantes serait supérieur à six, un second concours peut être ouvert, selon les besoins, dans les limites fixées dans le premier.

II. Composition du jury. — Art. 3. — Le jury des concours pour les places de médecin des hôpitaux se compose de douze membres, savoir : onze médecins et un chirurgien, qui sont tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices et parmi les médecins et chirurgiens honoraires des hôpitaux.

Dans le cas où le jury viendrait, pendant la durée des opérations du concours, à être réduit d'un certain nombre de ses membres, les opérations du concours seront suspendues jusqu'au retour du membre ou des membres absents, mais seulement pendant huit jours au plus. Si le nombre des juges devient inférieur à sept, le jury est complété à douze à l'aide d'un tirage au sort effectué dans les formes prescrites, et les épreuves d'admissibilsté ou les épreuves définitives recommencent selon la série d'épreuves qui est en cours :

III. Composition et nature des épreuves. — Art. 4. — Les épreuves du concours pour les places de médecin des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Epreuves d'admissibilité. — 1° *Une composition écrite* sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie, et pour laquelle il est accordé trois heures ;

2° *Une épreuve clinique sur un malade*. Il est accordé au candidat quinze minutes pour faire sa leçon, après quinze minutes dont il peut disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Epreuves définitives. — 1° *Une épreuve orale* théorique sur un sujet de pathologie : Il est accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

2° *Une épreuve clinique sur un malade* : Le candidat dispose de vingt minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et de vingt minutes pour la dissertation orale devant le jury.

3° *Une consultation écrite sur un malade*, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois quarts d'heure après quinze minutes d'examen, y compris l'analyse des urines. La lecture de cette consultation est faite au début de la séance suivante.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite.	30 points.	50 points.
Pour la première épreuve clinique.	20 —	

Epreuves définitives.

Pour l'épreuve théorique orale. . .	20 points.	70 points.
Pour la deuxième épreuve clinique.	20 —	
Pour la consultation écrite	30 —	

IV. Formalités diverses. Jugement des épreuves, etc.

Art. 5. — Les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats est supérieur à dix.

Les épreuves de la première série sont subies par tous les concurrents.

Celles de la seconde série sont subies seulement par les candidats déclarés admissibles.

Pour déterminer les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le jury, deux jours après que les concurrents ont subi les épreuves de la première série, dresse, d'après le nombre de points obtenus, une liste de candidats composée de dix noms au minimum et dix-huit au maximum, savoir : de dix, si le nombre des places mises au concours est de trois ou inférieur à trois ; de douze, si ce nombre est de quatre ; de quinze, si ce nombre est de cinq et de dix-huit, si ce nombre est de six.

Le même intervalle de deux jours doit être observé après les épreuves de la deuxième série, pour le vote définitif sur la désignation des candidats à l'autorité administrative.

Art. 6. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre trois questions, qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Les épreuves orales, de même que les épreuxes cliniques, sont faites en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de les faire subir à tous dans une même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Pour les épreuves orales, les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance.

Pour les épreuves cliniques, le jury, avant d'entrer en séance, choisit les malades qui doivent faire l'objet des leçons ; il discute et arrête par écrit le diagnostic qui est remis entre les mains du président, pour être transcrit sur le procès-verbal de la séance. Les malades choisis sont désignés par le nom de leur salle et le numéro de leur lit. Il est mis dans l'urne un bulletin distinct pour chaque malade et ne portant également que ces deux indications. Un de ces bulletins est tiré au sort par chacun des concurrents, qui fait ensuite, en présence du jury, l'examen du malade qui lui est échu.

A la fin des épreuves cliniques, alors même qu'il ne reste plus que deux candidats ou même un seul à les subir, l'urne doit toujours contenir trois numéros de malades dans le premier cas et deux dans le second.

Pour les épreuves cliniques, chaque fois qu'il est possible, les urines des malades sont mises à la disposition du candidat dès le début de son examen.

Art. 7. — A la fin de chaque séance, à la suite d'une discussion générale sans indication de points sur la valeur de l'épreuve subie dans cette séance par chacun des concurrents et après que la clôture de cette discussion a été prononcée par le président, chacun des membres du jury inscrit le point qu'il donne à chaque candidat sur un bulletin établi au nom de ce candidat ; il signe ce bulletin et le met dans une enveloppe portant le nom du candidat ; il clôt lui-même cette enveloppe et la parafe.

Les enveloppes correspondant aux épreuves d'admissibilité sont ouvertes à la fin de ces épreuves, afin de permettre de dresser la liste des candidats admis à subir les épreuves de la deuxième série ; quant aux enveloppes concernant ces dernières épreuves, elles ne sont ouvertes qu'à la fin du concours.

Les points à attribuer à chaque candidat, à la suite du dépouillement des enveloppes, sont déterminés ainsi qu'il suit : il est dressé, par épreuve et pour chaque candidat, un relevé des points qui lui ont été donnés par les membres du jury, en commençant par le point le plus élevé et en suivant l'ordre numérique. Ce relevé est partagé par moitié, la première note de la deuxième moitié sera celle acquise au candidat.

Art. 8. — Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* à la suite des épreuves de la première série, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible ; ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, et enfin sur l'ancienneté du titre de docteur.

Le classement final des candidats est établi d'après l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série.

Dans le cas où, à la suite de ce classement, deux ou plusieurs candidats se trouveraient *ex æquo* pour la dernière place, ces candidats seront appelés à subir une épreuve supplémentaire consistant en une épreuve clinique sur un malade.

Art. 9. — A la fin du concours, le jury est appelé à voter sur la valeur de l'ensemble des épreuves subies par les candidats et à déclarer si cet ensemble est suffisant pour qu'il y ait lieu à nomination.

Le président du jury transmet au directeur de l'administration la liste de présentation établie d'après le classement fait par le jury et y joint son rapport sur les opérations du concours.

Les dispositions du paragraphe 3 de l'article 106 du règlement sur le service de santé, applicables à tous les

concours (médecins, chirurgiens, accoucheurs, prosecteurs, pharmaciens et élèves), sont révisées ainsi qu'il suit, savoir :

Les membres honoraires du corps médical continuent, jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, à être appelés à faire partie des jurys des concours.

Il ne peut y avoir, dans un même jury, plus de deux membres honoraires du corps médical.

Est abrogée, d'autre part, la disposition du règlement qui interdit à plus de deux membres appartenant à un même établissement de faire partie d'un même jury.

Services d'oto-rhino-laryngologie. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient de prendre l'arrêté suivant:

ARTICLE PREMIER. — Les deux services d'oto-rhino-laryngologie existant actuellement à l'hôpital Saint-Antoine sont distraits du roulement général des services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Ces deux services feront, à l'avenir, l'objet d'un roulement spécial.

ART. 2. — Sera accepté comme remplaçant éventuel des chefs des services d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine tel médecin ou chirurgien des hôpitaux qui consentira à prendre officiellement et par écrit un engagement définitif de spécialisation.

ART. 3. — Au cas où aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux ne demanderait à se spécialiser, un concours spécial sera institué pour la nomination aux places de chef de service d'oto-rhino-laryngologie.

ART. 4. — Transitoirement et jusqu'au 1er janvier 1900, les suppléances des deux chefs de service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine pourront être confiées aux assistants spéciaux adjoints à ces deux chefs de service.

ART. 5. — A l'avenir, et lorsqu'il y aura lieu à nomination de nouveaux assistants pour les services d'oto-rhino-laryngologie, il sera ouvert un concours spécial dont les conditions seront déterminées ultérieurement.

ART. 6. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

Asile clinique. — Par arrêté ministériel en date du 30 septembre 1899, M. Guillot (Maurice), sous-chef du bureau au ministère de l'Intérieur. chef du cabinet de M. le conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de l'Intérieur et des Cultes, est nommé directeur de l'Asile clinique (Saint-Anne), en remplacement de M. Taule, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités et nommé directeur honoraire.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 30 septembre 1899, sont promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 1er octobre 1899, et maintenus à leur poste actuel, MM. les médecins aide-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

Sacquépée, à l'hopital militaire du Val-de-Grâce ; Job, au 2e dragons ; Calais, au 8e dragons ; Massoulard, au 14e dragons ; Vandenbossche, au 22e d'artillerie; Danis, au 19e d'artillerie ; Capmas, au 30e dragons ; Dopter, au 12e d'artillerie; Langlois, au 158e d'infanterie ; Finck, au 37e d'infanterie ; Scheffer, au 16e d'infanterie ; Ardoin, au 11e d'infanterie; Masson, au 9e cuirassiers ; Costa, au 24e bataillon de chasseurs à pied ; Brun, au 58e d'infanterie ; Bertelé, au 9e chasseurs à cheval; Conte, au 7e du génie ; Dejouany, au 97e d'infanterie ; Jacquemin, au 4e chasseurs à cheval; Grall, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Camus, au 27e chasseurs à pied ; Trutié de Vaucresson, à l'hôpital militaire de Bastia ; Perrin, au 23e d'infanterie ; Gauthier, au 4e bataillon de chasseurs à pied ; Séguinaud, au 5e d'artillerie ; David de Drezigue, au 28e d'infanterie ; Cassan, au 7e d'infanterie ; Fadeuilhe, au 17e d'artillerie; Bourcier, au 21e dragons ; Boudriot, au 45e d'infanterie ; Guignot, au 39e d'artillerie ; Théaulon, au 30e d'infanterie ; Rabuson, au 138e d'infanterie ; Duffau, au 4e cuirassiers ; Baills, au 94e d'infanterie ; Mendy, au 23e dragons ; Brisard, au 2e d'infanterie ; Dumery, au 6e d'infanterie ; Faideau, au 128e d'infanterie ; Biérer, au 15e bataillon de chasseurs à pied ; Martin, au 22e d'infanterie ; Folly, au 77e d'infanterie; Pinet, au 29e dragons; Paul, au 116e d'infanterie ; Navas, au 139e d'infanterie ; Taste, au 14e d'artillerie; Rouffiandis, au 134e d'infanterie ; Le Bihan, au 71e d'infanterie; Baron, au 96e d'infanterie ; Ehrmann, au 132e d'infanterie ; Vignal, au 1er d'artillerie ; Picou, au 133e d'infanterie ; Julia, au 1er bataillon de chasseurs à pied; David, au 9e dragons; Thiébaut, au 25e bataillon de chasseurs à pied; Dickson, au 21e d'artillerie ; Pélissié, au 1er d'infanterie ; Wagon, au 174e d'infanterie ; Anguéau, au 62e d'infanterie ; Gabrielle, au 18e bataillon de chasseurs à pied.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le corps de santé militaire :

M. Madamet, médecin-chef du Val-de-Grâce, est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée. M. Vanmerris, médecin-chef à l'hôpital Saint-Martin à Paris, est nommé médecin-chef du Val-de-Grâce. M. Annequin, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, est nommé sous-directeur à l'école du service de santé militaire à Lyon.

M. Pierret, sous-directeur à l'école du service de santé militaire à Lyon, est nommé médecin-chef à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. M. Crussard, médecin-chef à l'hôpital militaire de Nice, est nommé directeur du service de santé du 5e corps, M. Poignon, médecin-chef à l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon, est nommé directeur du service de santé du 13e corps. M. Rigal, médecin-chef de l'hosvice du Mans, est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon. M. Trifaud, médecin-chef à l'hospice de Tarbes, est nommé médecin-chef à l'Ecole d'application de Fontainebleau.

Nécrologie. — M. JUNCA, médecin à Cadillac (Gironde). — Le Dr CHRÉTIEN (de Paris). — Le Dr STAVROS METAXAS, officier de la Légion d'honneur, ancien président de la commission des hospices de Marseille, décédé à l'âge de 75 ans. — Le Dr QUÉLET, d'Hérimoncour (Doubs),reçu en 1856.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*